ITEM 282 : MALADIE INFLAMMATOIRE CHRONIQUE DE L'INTESTIN

MALADIE DE CROHN

= Affection inflammatoire chronique de cause inconnue **pouvant atteindre tous les segments du tube digestif (bouche → anus).**

- Prévalence = 1/1000, début à tout âge avec un pic de fréquence à 20-30 ans, gradient Nord > Sud.
- **FDR** : **tabac, polymorphisme du gène CARD15-NOD2** (sans utilité diagnostique), dysbiose, anomalie de la réponse immune.

DG

= Peut atteindre **l'ensemble** du tube digestif, évolue en 3 phases : **inflammatoire, sténosante** et **perforante.**
- Atteinte : **iléale pure** (20 %), **colique pure** (30 %), **iléo-colique** (30 %), **anopérinéale** (30 %), **tube digestif haut** (15 %).
→ Évocateur : **diarrhée prolongée, lésion proctologique atypique/récidivante ou douleur abdominale inexpliquée.**

C

Symptômes les plus fréquents **: douleurs abdominales, diarrhées, amaigrissement**
- **Signes généraux** : AEG, possible fièvre, retard de croissance (enfant)/puberté (ado).
- Atteinte **colorectale** : douleurs, syndrome dysentérique / rectal (ténesme, épreinte), rectorragies.
- Atteinte du **grêle** (atteinte préférentielle iléale / iléocolique) : douleurs de la FID, syndrome de Koenig (sténose du grêle), **masse** de la FID (**abcès** avec douleurs & fièvre, ou **épaississement pariétal** inflammatoire indolore).
- Atteinte **ano-péritonéale** (30%) très évocatrice : **fissure** (atypique, indolore, latérale), **fistule**, sténose anale, pseudo-marisques (œdématiées/ulcérées), abcès, **ulcère.**
- Atteinte **digestive haute** : aphtes buccaux, œsophagite, gastrite, UGD.
- Manifestations extra-digestives (peuvent être isolées) :
. Associées aux poussées : **arthrites/arthralgies**, **uvéite antérieure** (épisclérite), **érythème noueux, pyoderma gangrenosum**, aphtes buccaux.
. Dissociées de l'activité de la MICI : **spondylarthrite ankylosante, psoriasis, cholangite sclérosante primitive.**

BIO

- **NFS** : possible **hyperleucocytose à PNN & thrombocytose** (poussées inflammatoires), **anémie** fréquente (ferriprive, inflammatoire, carence en B12 si iléite/résection iléale, carence en B9 si atteinte du grêle proximal).
- **CRP/ fibrinogène** : inflammation variable lors des poussées.
- **EPS** : **hyper-α2, hypoalbuminémie** par entéropathie exsudative (ulcérations digestives), inflammation, dénutrition.
- **Coproculture** : recherche de surinfection (++*Clostridioides*) au diagnostic et lors des poussées coliques.
- **Bilan hépatique et rénal**, **nutritionnel/de malabsorption** (vitamines B9/B12, ADEK, Ph/Ca, ferritine…)
- Inflammation digestive : **↗ du taux fécal de calprotectine +++** : marqueur le +sensible d'inflammation intestinale, non-remboursée : **élimine une MICI active si basse** (DD avec le Sd de l'intestin irritable), **utile au suivi.**
- Bilan immunologique : **ASCA** (dans 50 % des Crohn et 5 % des RCH), **ANCA** (dans 20 % des Crohn et 70 % des RCH).

PC

Endoscopie

1re intention : Iléo-coloscopie avec **biopsies de lésions** et **en zones saines**, + EOGD.

Macroscopie	= Lésions discontinues hétérogènes avec intervalles de muqueuse saine : - **Ulcérations : aphtoïdes, superficielles** ou **profondes.** - Evolution **: fissure, fistule, sténose**, pseudo-polype cicatriciel.
Histologie	= Atteinte **transmurale** (pancolite) : risque de fistule/abcès/sténose. - **Ulcérations** (perte de substance muqueuse), **abcès cryptiques, villosités irrégulières, distorsions glandulaires** (raréfaction des glandes). - **Infiltration lympho-plasmocytaire du chorion muqueux, voire transmural.** - **Granulome épithélioïde et giganto-cellulaire sans nécrose caséeuse** (30 %). Possible évolution vers la **fibrose**, ± **sténose** (grêle++), + risque **cancéreux.**

Entéro-IRM

Recherche d'atteinte iléale distale (présente dans 2/3 des cas).
- Extension des **lésions** : épaississement des parois avec ulcérations, hyperhémie des mésos (signe du peigne), épaississement de la graisse mésentérique, parfois **ADP** de voisinage.
- **Caractéristique** : **segmentaires** (alternance de zones d'intestin sain et malade) et **asymétriques.**
- **Complications** : **sténoses** et/ou **fistules, abcès.**

Autres

- **Vidéocapsule** ou **entéroscopie** si doute.
- **IRM pelvienne** si lésion anopérinéale clinique (bilan d'extension).
- **Scanner abdominopelvien** si suspicion de complication : perforation, occlusion, abcès.

DD

- **Colites infectieuses** : contexte clinique, bactériologie des selles/biopsies, absence de lésion histologique chronique :
/!\ *Début de la maladie de Crohn par des **diarrhées aiguës** 10% des cas (tableau de gastro-entérite) → explorations (endoscopie) si diarrhée persistante **> 3 jours** sous traitement symptomatique* /!\
- **Colite pseudomembraneuse** sur infection à *Clostridioides.*

	- **Iléite aigue à** *Yersinia enterocolitica* : tableau d'appendicite fébrile : Dg par coproculture, biopsies, hémocultures si fièvre, inflammation iléale au TDM : possible **antibiothérapie par FQ** si iléite aigue fébrile, endoscopie si échec TTT. - **IST** avec rectite. - **Tuberculose intestinale** avec atteinte iléocaecale : rare en France : Dg par BAAR à l'ED/culture, PCR BK sur biopsies intestinales, granulomes épithélioïdes avec nécrose caséeuse, contage/FDR, IDR/IGRA. - Autres **lésions ulcérées de l'intestin grêle** : **adénocarcinome/lymphome ulcéré, Behçet, vascularite** ou **granulomatose chronique septique** (déficit de phagocytose).	
EVOLUTION	- Évolution **par poussées** de quelques semaines séparées de **période de rémission** (parfois presque continue). - **Aggravation progressive** (**sténoses**, **fistules** et **abcès**), guérison spontanée rarissime.	
	Complications	- **Sténoses** digestives (iléales +) fréquentes, ± obstruction aigue/chronique : ➝ **Syndrome de Koenig** si obstruction incomplète : douleur post-prandiale d'intensité croissante, durée variable, cédant rapidement avec gargouillements/BHA sonores, ± débâcle diarrhéique. - **Fistules** digestives après une **ulcération transmurale** (iléale +) : risque d'abcès, péritonite, fistulisation vers un autre organe (grêle, sigmoïde, vessie, peau via une cicatrice). - **Thromboses veineuses** (MTEV) : surrisque de TVP/EP. - **Hémorragie** digestive basse par saignement d'ulcération iléale/colique. - **Dénutrition.** - Colite aigue grave. - **Adénocarcinome recto-colique** : dépistage si atteinte colique (++si ancienne/étendue).
PEC	Traitement des poussées	- **Corticoïdes locaux** (budésonide per os/lavement) ou **systémiques** (1 mg/kg) : selon la gravité et l topographie de la poussée. - **Renutrition** : alimentation entérale ou parentérale exclusive. - **Anti-TNFα** (infliximab/adalimumab) : si résistance/intolérance à la CTC ou si mauvais pronostic.
	Traitement d'entretien	= **Immunosuppresseurs** : but = maintien d'une rémission profonde, durable et sans corticoïdes. - **Analogue de purine** en 1re intention : **azathioprine** ou **6-mercaptopurine.** - En 2nd intention : **méthotrexate** et/ou **anti-TNFα.**
	Chirurgie	= Indiquée en cas de complication mécanique : **perforation**, **sténose** ou **fistule** symptomatique. - **Ablation des segments d'intestin pathologique**, ne protège pas des récidives.
	Mesures associées	- **Sevrage total et définitif du tabac +++.** - Traitement symptomatique : **antalgique** (PAS d'AINS), **antispasmodique, anti-diarrhéique.** - **PEC nutritionnelle** : consultation diététique, **penser à la PMTEV** (surrisque thrombotique +++ !)

RECTOCOLITE HÉMORRAGIQUE

RCH = maladie inflammatoire chronique du colon atteignant **systématiquement le rectum** et s'étendant de manière continue **sans intervalle sain** vers le caecum (de la **rectite** à la **pan-colite**), sans atteinte iléale, digestive haute ou ano-périnale.
- Prévalence = 1/1000 : à tout âge, gradient Nord > Sud, facteurs protecteurs = **tabac** (fréquent arrêt du tabac quelques semaines/mois avant la première poussée)**, appendicectomie.**

DG	C	Principal signe = **rectorragies**, constantes. - **Signes généraux** (si formes graves) : fièvre, amaigrissement. - **Syndrome dysentérique** (atteinte colique) : diarrhée chronique glairo-sanglante, +/- amaigrissement. - **Syndrome rectal** : évacuation afécale, glairo-sanglante, ténesme, épreinte, impériosité, faux besoins. ***Pas** d'atteinte du **grêle** ni de **l'anus.*** - Manifestations **extra-intestinales** identiques à la maladie de Crohn. ➝ **Cholangite sclérosante primitive** (associée dans 90 % des cas à une RCH, plus rarement à un Crohn) : risque de **cholangiocarcinome** et **cirrhose biliaire secondaire +++.**		
	PC	**Bio**	Bilan perturbé si **forme sévère** : CRP+, anémie (carence martiale/inflammation/rectorragies).	
		Coloscopie + iléoscopie	➝ Rectum toujours atteint : **proctite isolée** (25 %), **rectocolite gauche** (50 %), **pan-colite** (25 %).	
			Macroscopie	= Atteinte **continue**, commence dès la jonction anorectale, avec arrêt brusque. - **Anomalies du réseau vasculaire muqueux**, **muqueuse granitée, saignement muqueux, érosions, ulcérations, perte de la muco-sécrétion.** - Formes sévères : **ulcères profonds mettant à nu la musculeuse** (ulcère étendu ou « en puits »). ➝ **Rectite, colite gauche ou pancolite** (atteinte au-delà de l'angle colique gauche).
			Histologie	= Atteinte muqueuse et sous-muqueuse **superficielle** : - Bifurcation et distorsion glandulaire, raréfaction des glandes. - Infiltrat lymphoplasmocytaire du chorion. - Plasmocytose basale.
		Bili-IRM	= Dépistage de **cholangite sclérosante primitive** en cas d'anomalie du bilan hépatique.	

DD	Cf les DD de la maladie de Crohn. - **Diarrhée aiguë révélant une colite** : faire une colo seulement si diarrhée hémorragique (suspicion de RCH). - **Recto-sigmoïdite aiguë/subaiguë** : **IST (syphilis, gonocoque, *Chlamydia*, herpes), amibiase intestinale, colite ischémique.**		
EVOLUTION	- Évolution **par poussée**, séparées de **périodes de rémissions**, parfois sur un mode continu chronique actif		
	Complications	- **Colite aigue grave** (parfois inaugurale) : risque de colectasie (dilatation colique avec risque de perforation et péritonite stercorale) : classification selon les **critères de Truelove-Witts** (atteinte sévère). ➝ **Hospitalisation en urgence** si fièvre, rectorragies abondantes, tachycardie, anémie, AEG. - **Adénocarcinome colorectal** : surrisque si RCH étendue/ancienne, cholangite sclérosante primitive associée : dépistage par coloscopie +/- rapprochée. - **MTEV** : TVP/EP. - **Hémorragie digestive** basse.	

		MALADIE DE CROHN	**RECTOCOLITE HEMORRAGIQUE**
FDR	**Génétique**	**Mutation CARD15-NOD2**	ø
	Tabagisme	**Facteur de risque**	**Facteur protecteur** : < 10% des cas
	Appendicectomie	Fréquence = population générale	Facteur protecteur
C	**Rectorragies**	Inconstantes	**Constantes**
Lésion macroscopique	**Atteinte continue**	Possible	**Toujours**
	Intervalle de muqueuse saine	Fréquent	**Jamais**
	Atteinte rectale	25% des cas	**Constante**
	Ulcérations iléales	60% des cas	**Jamais**
	Lésion ano-périnéale	**30%** des cas	**Jamais**
	Sténose/fistule	Fréquentes	**Jamais**
Histo	**Inflammation**	**Transmurale hétérogène**	**Superficielle homogène**
	Muco-sécrétion	**Peu altérée**	**Très altérée**
	Granulome épithélioïde	**30%** des cas	**Jamais**
Sérologie	ASCA	Souvent positif	**Négatif**
	ANCA	**Négatif**	Souvent positif
Colite inclassée		= **10** des cas : si diagnostic différentiel non possible.	
Caractéristiques communes		- Lésions chroniques du TD +/- lésions extra-abdominales. - Évolution par **phases de poussée-rémission** (spontanée/induite par TTT). - Risque de **destruction intestinale**, prédisposition au **CCR** si atteinte colique. - Touche les **sujets jeunes** (enfants, adultes jeunes), + second pic **> 60 ans** pour la **RCH.**	

COLITE MICROSCOPIQUE

= **Diarrhée chronique** souvent abondante, avec aspect endoscopique muqueux normal : incidence ≈ Crohn/RCH.
- Terrain : femme > 50 ans, associée 1 fois sur 2 à une **maladie auto-immune** (maladie cœliaque, diabète de type 1, vitiligo, thyroïdite de Hashimoto…) ou **inflammatoire** (PR).
- 2 types histologiques : **colite lymphocytaire** vs **colite collagène.**
- Causes :
  - **Idiopathique**.
  - Médicamenteuse : **veinotonique, AINS, lanzoprazole, ticlopidine…** ➝ réversible à l'arrêt du traitement.

DG	C			➝ Débute dans 50 % des cas de façon aiguë/brutale (tableau de gastro-entérite) vs début progressif (50 %). - **Diarrhée chronique liquides, sécrétoire, abondantes** : souvent fluctuante, diurne et nocturne, impériosités, incontinence, ± amaigrissement. - Déficit hydrosodé et **hypokaliémie** possible.
	PC	**Endoscopie + biopsies étagées**	Macroscopie	- Muqueuse d'**aspect normal.**
			Histologie	- **Colite lymphocytaire** : ↗ nombre de lymphocytes intra-épithéliaux ≥ 20 %, CD8+. - **Colite collagène** : ↗ épaisseur de la bande collagène sous-épithélial > 10 µm. - **Anomalie aspécifique** : • Perte d'intégrité de l'épithélium de surface. • Infiltrat inflammatoire de la *lamina propria* avec prédominance de cellules mononuclées.
PEC				➝ Évolution imprévisible et capricieuse : **atténuation spontanée en quelques années.** - En cas de diarrhée chronique : • Traitement symptomatique : **ralentisseur du transit,** racécadotril, colestyramine. • ± **Budésonide** à libération intestinale et colique.